

健保記入欄	資格取得日	年 月 日	伺年月日	年 月 日
	区 分	承認 ・ 不承認	決裁年月日	年 月 日

J-オイルミルズ健康保険組合 理事長 殿 **被保険者** 移送承認申請書 (移送届)
健康保険 被扶養者

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証	記 号 番 号	800 1234	被 保 険 者 氏 名	健保 太郎	被 保 険 者 生 年 月 日	S H R	〇〇 年 〇 月 〇 日
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇〇区△△△丁目〇〇-〇〇 TEL 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
	事 業 所 名	名 称	株式会社 〇〇〇〇〇					
	申 請 が 被 扶 養 者 に 関 する と き は そ の 者 の	氏 名		被 扶 養 者 生 年 月 日	S H R	年 月 日	続 柄	
	傷 病 名	脳出血		発 病 又 は 負 傷 年 月 日	H R	〇 年 〇 月 〇 日	第 三 者 行 為 に よ る も の で す か	は い い い え
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因	自宅で倒れ意識を失った		移 送 (予 定) 年 月 日	R	〇 年 〇 月 〇 日		
	移 送 を 必 要 と す る 理 由	最初に行った病院では設備が不十分であり、緊急に、設備が整った病院で手術が必要であ ったため					移 送 回 数	回
	移 送 区 間	〇〇〇区	から	〇〇〇区	まで	移 送 後 入 院 外	入 院	入 院 外
	移 送 後 に 申 請 す る 場 合 は そ の 理 由	家族が自家用車で病院まで運んだため、その余裕がなかった						
	上記のとおり申請します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 被 保 険 者 の 氏 名 健保 太郎							

氏名を自署した場合は、押印不要です。

医 師 の 記 載 欄	傷 病 名		発 症 又 は 負 傷 年 月 日 (療養開始日)	H R	年 月 日	
	移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由 (症 状 な ど を 入 れ て 詳 し く)					
	移 送 理 由	医療機関で医師記載欄に、記入をしてもらい提出してください。				
	移 送 区 間	〇〇〇区	から	〇〇〇区	まで	移 送 回 数 回
	上 記 の 理 由 で 移 送 の 必 要 を 認 め ま す。 令 和 〇 年 〇 月 〇 日	医師の判断が必要です。				

所在地 〒
TEL
医療機関の 医療機関名
医師氏名

- (注1) この申請書は、歩行困難な患者を他の場所へ移送するときに、健保組合の承認を受けるものです。健保組合の承認を受けた後に、「移送費支給申請書」の提出が必要です。
- (注2) 緊急のため、この書類を出す前に移送を行わなければならないときは、移送してからすぐに(2日以内に)この書類を提出しなければなりません。
- (注3) 第三者の行為による負傷の際は、第三者行為による傷病届一式を添付して下さい。